

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372300745		
法人名	有限会社ケイズライフ		
事業所名	グループホーム町屋 ユニット①		
所在地	瀬戸市水無瀬町137		
自己評価作成日	平成22年9月23日	評価結果市町村受理日	平成23年1月4日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JGD=2372300745&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室
訪問調査日	平成22年10月12日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

天然木をふんだんに使った木造の建物で温かいホームである。目指すは「ごく普通の家」

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームを【自分の家】で生活していると感じてもらえるよう「ゆったり、にっこり、1日を」という標語を掲げ、職員は家族としてケアに取り組んでいる。管理者は職員に決まった介護方針を指導するのではなく、各職員の個性や姿勢を大切にしたいと、利用者一人ひとりの思いを把握し信頼関係を築いていくケアを行なっている。それによって利用者自身の潜在能力を引き出し、職員は利用者から教えられる場面も多く見られる。職員は積極的に管理者に改善すべきことなどを提言できる環境にあり、管理者もそれを受けとめる姿勢を持っている。医療面では24時間対応の体制であり、重度化や終末期に向けては利用者、家族の意向を受けとめ、病院ではできないケア体制を考えた環境づくりにも取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25) ○	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19) ○
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) ○	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) ○
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) ○	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) ○
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) ○	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う ○
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) ○	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う ○
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28) ○		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所が理念にもとづいて実践している	職員自身が考えた「ゆっくり、にっこり、1日を」を標語に掲げ、ホームが利用者にとっての自宅であることを目指している。職員は利用者の家族という意識を持ち、日々のケアの中で共有し実践に取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	行事など年に数回 地域とのつながりをもつて行なっている	地域でのホームの位置づけは深く、野菜などの差し入れに訪れたり、介護保険についての相談に訪れる住民もいる。年に数回、ホームがイベントを開催し、春の「桜まつり」には、多くの地域の人の参加が得られた。	町内のイベントにも、可能な利用者と職員が出かけることで、相互に交流しながら、今後も継続的に地域との関係を深められたい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	まだまだ理解や支援の方法までいっていない		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議などを通してサービス向上に活かしている	会議には市の職員や家族などの出席を得て、現状報告、行事報告などを行ない、意見交換されている。出された意見や要望については、すぐに職員間で話し合いを持ち、サービスの向上に活かしている。今後は2ヶ月に1回の開催を予定している。	施設内事故のような負の部分についても正確な報告がなされている。これからのこのような真摯な運営方針を続けられることを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	取り組んでいる	管理者は、瀬戸市介護事業者連絡協議会に立ち上げから関わり、現在も運営委員として積極的に取り組んでいる。地域包括支援センター主催の介護予防教室に講師として年に数回、出向いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束しないケアに取り組んでいる	利用者が一人で外出することがなくなるよう、午前午後の毎日の散歩を実践し、日中は玄関の施錠を行っていない。身体拘束については職員が意識を持ち、利用者を主体に考えたケアを心がけるよう取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	注意を払い防止に努めている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在無し		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	理解・納得して図っている		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営促進会議を活用している	家族の面会時に意見等を聞いたり、3ヶ月に1回家族に要望書を送付し返信して頂くことで意見等を吸い上げている。出された意見、要望等については職員で話し合い、改善につながるよう取り組んでいる。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回の会議を利用している	月1回の定例会議等の機会に、職員が改善すべきことや勤務体制の変更などを申し出ることもある。管理者は、職員の提案を聞き、職員が意見を出しやすい環境づくりに努めている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	努めている		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	勉強会などして進めている		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	サービスの質を向上させていく為、勉強会への参加		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	常に1人1人に目をむけご本人の要望に努めながら信頼関係に努力している		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の要望・ご本人の要望に努めながら信頼関係に努力している		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人・家族が要望している事など話を聞いて対応に努めている		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	暮らしを共にする同士の関係を築いている		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族との連携をはかりご本人を支えていく関係を築いている		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	コミュニケーションを通して支援に努めている	利用者が高齢になってきているため、友人等の訪問は途絶えがちではあるが、季節の手紙を出したり、電話をする支援を行なっている。馴染みの場所が遠方の場合、家族と連携しながら支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりが孤立しないようにスタッフが間に入って立場を大切に心がけて支援に努めている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要に応じて努めている		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	希望に添えるよう努めている困難な場合は職員同士で話し合い検討している	日々の生活の中での利用者のしぐさや表情から思いや意向を把握している。意思疎通が困難な場合は利用者と職員の信頼関係を築くよう努め、言葉には表せない気持ちなどを理解できるよう、取り組んでいる。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	生活歴など理解しサービス利用の把握に努めている		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日誌などで情報を共有ひとりひとりが日々楽しく過ごして頂ける様に心掛けている		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプランを立て常に話し合うよう努めている	3か月に1回、ケアにあたる職員全員が業務日誌等を参考にプランを見直し、原案を提案し計画作成担当者が作成している。変化があった場合は担当医とも連携して、都度、見直しがなされている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の記録を通して意見を参考にケアプランの見直しに努めている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	1人ひとりのニーズに対応して支援やサービスに取り組んでいる		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	暮らしの行事を楽しむ事ができるよう支援している		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	受診はご本人・ご家族の希望を優先し適切な医療を月2回受けられるよう支援している	利用者は基本的にホーム提携医に受診し、2週間に1度の定期的往診がある。さらに、夜間や緊急時などの対応も整っており、必要に応じて歯科などの受診の支援も行なっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	月2度受診以外でも医師に連絡を取れる環境		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	施設長が行っている		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族・医師・施設長が十分に話し合い取り組んでいる	「重度化した場合における対応方針」を作成し、段階に応じて家族と話し合いを行なっている。病院ではできないケア体制を考え、職員で共有するなど適切な環境づくりに取り組んでいる。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	勉強会などで実践力を付けている		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルをしっかり把握勉強会などで災害時の対応を勉強・地域との協力体制を築いている	職員、利用者が一緒に避難訓練を行ない、問題点などを検討している。夜間想定で避難訓練も行い、消火器、誘導灯等の整備点検も進めている。非常時や夜間には職員や管理者はすぐにかける体制が整っている。	水、オムツ、防寒具等、非常災害時に必要とされるものについて、備蓄品についても継続的に検討されたい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人格を尊重しプライバシーを損ねないよう言葉かけや対応は心がけている	利用者との会話を大切にし、一人ひとりに合わせたケアができるよう職員は情報の共有を行なっている。部屋に入る時のノックやトイレへのさりげない誘導など尊厳を大切にしたケアに取り組んでいる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者様に声かけご本人の希望を尊重できるように働きかけている		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	コミュニケーションを通して散歩や買い物など希望にそって支援している		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	自立している利用者をご自分で服を選んで頂き確認。他は職員が支援している		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	その人の力を活かし利用者と職員と一緒に準備や片付けなど行っている	調理及び後片付けは可能な利用者が参加している。行事がある時などは献立を変更して、職員と利用者が一緒に買い出しに出かけ手作りの食事やおやつを楽しんでいる。回転寿司や和食の夕食を楽しむこともある。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの食事量・水分量など気配り確保できるように取り組んでいる		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後清潔保持に気を付けて口腔ケアを行っている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	利用者の方にとって一番適切な状態に合わせ声かけをし排泄の支援を行っている	生活の中に失禁体操を取り入れ、改善する利用者もいる。排泄チェック表を細かく記録し、トイレ誘導を行なうことで自立した排泄への実践が行なわれている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分補給や適度な運動一人ひとりに応じた予防を行っている		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	一人ひとりの体調などに合わせゆったりとした気分で入浴を楽しんで頂けるよう支援している	夏季は毎日、冬季は週に3日入浴の支援を行なっている。体調に合わせて清拭や足浴、シャワー浴を行なうこともある。時間帯は、本人の希望や体調をみながら、午前、午後を通じて行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	各居室で安心して眠れるよう温度調整・体調など配慮して休んで頂けるよう支援している		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	体調の変化は常に意識して服薬の支援症状の変化などは申し送り 医師との連絡を行っている		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その方に合った役割や楽しみなど職員が把握し気分転換の支援をしている		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	外出も時期に応じた場所など喜んで下さるよう実施している(桜・紅葉)	毎日、散歩に出かけており、希望があれば、一日に2度出かけることもある。近隣の喫茶店などに出向いたり、利用者の希望があれば買い物に出かけたり、外食やカラオケを楽しむこともある。遠方の旅行やお墓参りに行かれる利用者もいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	各利用者の方はお金は自己管理していないので職員と一緒に出かけ買い物に行くなど支援している		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話や手紙のやり取りができるよう支援している		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	食卓に季節の花を置いたり席を変えたり生活感や季節感を入れるよう工夫している	室内には木の薫りが漂い、食堂兼居間は寛げる空間であり、吹き抜け天井や大きな窓を作り、採光を工夫している。貼り紙などは必要最少限にとどめ、居心地良く暮らせる自分の家であることを感じてもらえるよう工夫している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	テレビのあるフロアーに集中してしまう		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の際 自分が使用されていた物や家具などで慣れたもので本人が居心地よく過ごされるよう工夫している	自分の家として生活できるよう、仏壇、家具など希望される物をを居室に持ち込むことができる。居室は、家族の写真や手紙を飾るなど、本人の気持ちを大切に環境づくりが行なわれている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	一人ひとりの状態を把握して出来る事を見極めて安全に生活送れるよう努めている		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム町屋

目標達成計画

作成日: 平成 22年 12月 3日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		運営推進会議の回数	年6回、必ず開催する。	年間計画を作成。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月